

CHIROPRACTIC
Z E N T R U M
BRAUNSCHWEIG

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Patientin, lieber Patient,

die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes. Bitte nehmen Sie sich daher die Zeit, die Fragen möglichst vollständig und genau zu beantworten.

Bitte bestätigen Sie Ihren Termin mindestens 72 Stunden im Voraus telefonisch unter 0531-4803303. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass nicht vorher bestätigte Termine aufgrund unserer sehr engen Terminlage weitervergeben werden. Vielen Dank!

Name: _____

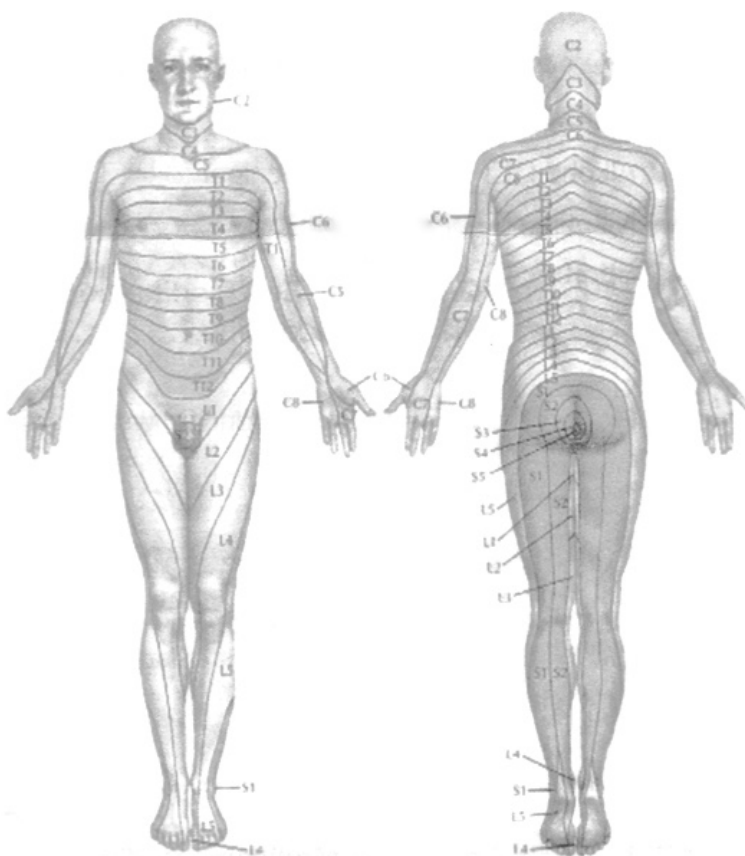
Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____

1. Bitte kennzeichnen Sie die Stellen Ihrer Beschwerden auf der Zeichnung. Ausstrahlende Schmerzen kennzeichnen Sie bitte durch Pfeile:



2. Was ist Ihr Problem?

3. Wie lange besteht das Problem?

4. Haben Sie schon früher so ähnliche Beschwerden gehabt? Wenn ja , wann?

5. Wie stark sind Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1 - 10 ?

6. Sind Ihre Schmerzen konstant - wechselnd - zunehmend - abnehmend
(bitte Zutreffendes markieren)

7. Nehmen die Schmerzen zu bei(m)

Niesen / Husten

Kopfdrehen?

einem kleinen Spaziergang?

Stehen?

jeder Bewegung?

längerem Liegen?

Schuhe anziehen?

sitzen im Auto?

nachts?

8. Haben Sie ausstrahlende Schmerzen in Armen oder Beinen?

9. Haben Sie unterschiedliche Empfindlichkeit in Armen oder Beinen?

10. Haben Sie unterschiedliche Kraft in Armen oder Beinen?

11. Haben Sie irgendwann einen Unfall gehabt? Wenn ja, wann und in welcher Form

12. Haben Sie irgendwann Knochenbrüche gehabt

13. Sind Sie irgendwann operiert worden? Wenn ja, was wurde operiert und warum?

14. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, was und wofür?

15. Sind Sie schon einmal bewusstlos geworden?

16. Wird Ihnen manchmal schwindelig?

17. Sind Sie wegen Ihres Problems schon früher behandelt worden?
Wenn ja, von wem und wie oft, bzw. wie lange?

18. Hat diese Behandlung Erfolg gehabt?

19. Sind Sie irgendwann in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gewesen?

20. Haben oder hatten Sie schwere Erkrankungen?

21. Sind Sie schwanger?

22. Name und Adresse Ihres Hausarztes:

23. Woher hatten Sie unsere Adresse?

24. Treiben Sie Sport? Wenn ja, was?

25. Was ist Ihr berufliches Tätigkeitsfeld?

26. Was sind Ihre Erwartungen an uns?

Mit nachstehender Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Braunschweig, den _____
Datum

Unterschrift (Patient oder Erziehungsberechtigte(r))